

# BORRELIOSE-ZENTRUM-BAMBERG

Dr. med. Ursula Rusche

## ANAMNESEBOGEN

Sehr geehrte Patienten,  
wenn Sie einen Termin zur Erstuntersuchung für das Borreliose-Zentrum Bamberg wünschen, ist es notwendig, im Voraus Ihre Beschwerden in Stichworten, Ihre bisherigen Behandlungen und Ihre Vorstellungen über die Leistungen, die Sie wünschen, zu schildern.

Dadurch können wir uns einfacher und effektiver auf Ihre Erkrankung einstellen und Ihnen einen für Sie passenden Termin vergeben.

Der Zeitaufwand für den ersten Termin kann besser eingeschätzt werden und somit auch die Kosten Ihrer Behandlung.

**Senden Sie bitte diesen Fragebogen per E-Mail oder per Fax an uns zurück.**

Sie werden dann zwecks einer Terminvergabe von uns angerufen!

Die gesetzlichen Krankenkassen übernehmen die Kosten nicht, Sie erhalten 14 Tage nach der Erstuntersuchung einen Diagnose- und Therapieplan sowie eine Kostenübersicht per Post.

### So erreichen Sie uns:

Borreliose-Zentrum Bamberg

Artur-Landgraf-Str. 69 b

96049 Bamberg

Telefon: 0951 / 5 84 80

Telefax: 0951 / 5 84 80

E-Mail: [info@borreliose-zentrum-bamberg.de](mailto:info@borreliose-zentrum-bamberg.de)

1. Ihre jetzigen Hauptbeschwerden?

---

---

---

---

2. Was war der Auslöser der Beschwerden, seit wann bestehen sie?

---

---

---

---

3. Haben Sie Kopfschmerzen, wie oft, wo, auf welcher Seite?

---

---

---

---

4. Ist in der letzten Zeit eine Sehverschlechterung aufgetreten, besonders abends beim Autofahren?

---

---

---

---

5. Haben Sie Tinnitus bzw. Ohrgeräusche?

---

---

---

---

6. Haben oder hatte Sie Amalgam im Mund?  
Wenn es entfernt wurde, wie lange ist es her?

---

---

---

---

---

7. Haben Sie Kronen im Mund? Fragen Sie in Ihrer Zahnarztpraxis, ob die Kronen mit Gold befestigt wurden!

---

---

---

---

---

8. Haben Sie Beschwerden der Halswirbelsäule, des Nackens, der Schulter?

---

---

---

---

---

9. Haben Sie eine Kieferorthopädische Behandlung bekommen, z.B. als Jugendlicher zur Zahnstellungsregulierung?

---

---

---

---

---

10. Leiden Sie an chronischen Nebenhöhlenentzündungen?

---

---

---

---

---

11. Haben Sie eine Schilddrüsenerkrankung?

---

---

---

---

---

12. Haben Sie allgemein Gelenkerkrankungen wie Rheuma, Arthrose, Arthritis, Beschwerden am Knie?

---

---

---

---

---

13. Haben Sie einen Tennisellenbogen, Bandscheibenvorfall, Achillessehnenbeschwerden?

---

---

---

---

---

14. Haben Sie Oberbauchbeschwerden, Magen-Darmbeschwerden wie Durchfall oder Verstopfung?

---

---

---

---

---

15. Haben Sie Asthma, Herzbeschwerden wie Herzrhythmusstörungen oder hohen Blutdruck?

---

---

---

---

---

16. Haben Sie Schlafstörungen, sind Sie erschöpft oder ständig müde?

---

---

---

---

---

17. Welche Medikamente nehmen Sie ein?

---

---

---

---

---

**Bitte senden Sie den ausgefüllten Fragebogen per Fax an die Nummer 0951 / 5 84 80 oder per E-Mail an [info@borreliose-zentrum-bamberg.de](mailto:info@borreliose-zentrum-bamberg.de).**

Vorname: \_\_\_\_\_ Name: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_ Stadt: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_ Handy: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_

Wodurch wurden Sie auf dieses Zentrum aufmerksam?

---

---

---

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift